

# Less is More

Citation for published version (APA):

van 't Hof, A. (2018). *Less is More*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.20180921ah>

**Document status and date:**

Published: 21/09/2018

**DOI:**

[10.26481/spe.20180921ah](https://doi.org/10.26481/spe.20180921ah)

**Document Version:**

Publisher's PDF, also known as Version of record

**Please check the document version of this publication:**

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

**Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.



**Prof. dr. Arnoud van 't Hof**

Faculty of Health, Medicine and Life  
Sciences

Less is more

Mijnheer de Pro-Rector,  
Decaan van de Faculteit Health, Medicine and Life Sciences,  
Raden van bestuur van MUMC en Zuyderland MC  
Gewaardeerde Collega's,  
Geachte Toehoorders,  
Lieve Familie en vrienden,

Graag wil ik mijn betoog "Less is More" vandaag beginnen met een recente ervaring waarbij ik herinnerd werd aan mijn familie terwijl ik aan het werk was in het MUMC en in Zuyderland (zoals U weet heb ik een 50% aanstelling in beide huizen). Ik liep over de stafgang in het MUMC en mijn oog viel op een serveerwagentje met een sticker 'van Egmond BV' erop. Het is het serveerwagentje, waar bijna elke week de Limburgse vlaaien op geserveerd worden van iemand die jarig is geweest of iets te vieren heeft. Een dag later werd ik rondgeleid in het Zuyderland op het nieuwe operatie kamer (OK) gedeelte waar mijn oog viel op de mij bekende, zogeheten 'Metro'-stellingen. Waarom vertel ik dit? Van Egmond BV is het bedrijf dat is opgezet door mijn opa van mijn moeders kant: Jan Dirk van Egmond. Hij is een handel begonnen in intern transport en opslag in ziekenhuizen, wasserijen etc. Mijn vader heeft als aangetrouwd familielid vele jaren bij dit bedrijf gewerkt. Wij hadden vroeger thuis allerlei zwenkwieltjes liggen en folders van de genoemde 'Metro'-stellingen. Ik praat over de jaren 70-80 van de vorige eeuw. Eind negentiger jaren is het familiebedrijf verkocht. Ik ben er zeker van dat dit serveerwagentje op de stafgang ergens in de jaren '70-'80 is aangekocht door het MUMC via de vertegenwoordiger die de regio Zuid-NL onder zijn hoede had (oom Frans werd hij bij ons thuis genoemd). Na 40-50 jaar staan dit serveerwagentje en de Metro-stellingen er nog steeds prima bij. Toen ik dit kortgeleden aan mijn vader vertelde, gaf hij aan dat deze spullen veel te goed waren: ze gingen gewoon niet kapot. Daarom is van Egmond wellicht niet het grote bedrijf geworden dat het had kunnen worden: de producten bleken te goed en hoefden eigenlijk nooit te worden vervangen. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de moderne smartphones, waarvan we allemaal weten dat na 3-4 jaar de batterij begint te haperen en je je echt niet meer kunt vertonen met een dergelijk 'oud' model. Dit is het verschil tussen groei en geen groei. Groei is 'more', 'the more the better'.

Een groot deel van de welvaart in de wereld is gebaseerd op groei, maar ook de daarmee samenhangende problematiek. Groei geeft economische vooruitgang, winst, alles en iedereen is gericht op groei waarbij de economie het vrijwel altijd wint van andere zaken als milieu. Groei. Inmiddels zijn we met bijna 8 miljard mensen op de aarde en komen er elk jaar ruim 80 miljoen mensen bij (met name in Afrika) en verbruiken we al jaren veel meer dan er wordt opgebouwd. De toekomst zal dus echt gericht moeten zijn op **minder groei: Less is more.**

De gezondheidszorg heeft de laatste jaren eenzelfde ontwikkeling doorgemaakt: jaren was het meer, meer en meer, meer rugoperaties, meer DBC's, meer productie, immers ziekenhuizen en maatschappen werden en worden nog steeds afgerekend op DBC's of DOT's, iedere verrichting telt. De komende 40 minuten wil ik U een aantal voorbeelden geven dat **betere** zorg niet altijd **méér** zorg betekent. Het kan ook met minder, zonder dat dit verlies van kwaliteit geeft.

Less is More of letterlijk 'minder is meer' staat voor hoe simpeler, hoe beter, eenvoud is te prefereren boven overdaad. Less is more wordt vaak in de architectuur gebruikt wanneer men het heeft over het *minimalistisch design*, oorspronkelijk bedacht door de Duitse architect Ludwig Mies van der Rohe. Op het scherm ziet U een beroemd voorbeeld van zijn werk, het Duitse paviljoen in Barcelona (ontworpen voor de wereldtentoonstelling in 1929) en de beroemde 'Barcelona Chair'. Aan de buitenkant zou je niet gelijk zeggen dat dit huis of deze stoel een voorbeeld is van less is more. De luxe straalt ervan af. Echter achter dit huis zit een minimalistisch ontwerp, 'skin en bones' architectuur noemde Ludwig Mies dit ontwerp (vel over been...). Een mooi voorbeeld hoe je met een minimalistisch ontwerp toch een luxe uitstraling kan hebben.

In de geneeskunde is Less is More gelieerd aan de stroming 'choosing wisely', een Amerikaanse campagne gericht op het verbeteren van de dokter-patient relatie en het promoten van zogenaamde patient-centered care door dokters te informeren omtrent over-diagnostiek en over-behandeling. In Nederland is recent de Federatie Medisch Specialisten samen met het Zorginstituut NL begonnen met het programma 'Zinnige Zorg': niet meer dan nodig, en niet minder dan noodzakelijk.

Het belang van "Less is More" wil ik toelichten aan de hand van de volgende zaken:

- Value Based Health Care: voor de patiënt waardevolle zorg voor een goede prijs
- Ketenzorg: meer dan de ziekenhuiszorg alleen. Wordt ook wel lijnloze zorg genoemd
- Preventie: voorkomen is beter dan genezen
- Les (met 1 's') is More: het grote belang van goed onderwijs/informatie aan zowel artsen als patiënten
- Minimaal Invasief: als er dan toch een ingreep nodig is, dan met zo min mogelijk schade
- Registratie en Big Data
- Less Males is More: het belang van de vrouwen-cardiologie binnen de interventie cardiologie

### **Value Based Health Care**

Binnen de interventie cardiologie was jarenlang groei het adagium: meer dotterbehandelingen, meer interventies, zelfs het dotteren van slechts geringe afwijkingen werd gedaan in de hoop hartinfarcten te voorkomen. Ik ga u een voorbeeld geven waarbij **minder interventies** hebben geleid tot betere en goedkopere zorg: meerwaarde voor de patiënt tegen lagere kosten: zogenaamde Value Based Health Care. Een heel mooi voorbeeld hiervan is de Fractionele Flow Reserve (FFR) meting: een meting waarbij met een drukdraadje in het bloedvat de functionele betekenis van de vernauwing wordt bepaald. Deze 'uitvinding' heeft de hele interventie cardiologie in de wereld op zijn kop gezet, nota bene een Nederlands/Belgische uitvinding van de groepen van Nico Pijls en Bernard de Bruyne in Eindhoven en Aalst. Lange tijd werd elk bloedvat dat volgens de inschatting van de interventiecardioloog 'significant' vernauwd oogde, gedotterd. Echter het onderzoek van Pijls en de Bruyne liet zien dat lang niet elke op het oog belangrijke vernauwing de bloedstroom belemmerde en dat het dotteren van deze zogenaamd significante vernauwingen de patiënt eerder kwaad dan goed deed. Uiteindelijk liet hun onderzoek zien dat minder dotteren: het alleen dotteren van de echt belangrijke vernauwingen, niet alleen beter was voor de patiënt (minder complicaties), maar ook minder kosten met zich meebracht. Achteraf kun je alleen maar concluderen dat er jarenlang teveel vernauwingen zijn gedotterd puur omdat de

bepaling van de ernst van de vernauwing niet goed was: niet het inschattend oog van de cardioloog maar de pure meting in het bloedvat bleek superieur: meten is weten.

Echte VBHC is zorg die geconcentreerd wordt rond de patiënt: Het is niet meer de patiënt die van het ene loket naar het andere loopt maar het zijn de dokters die naar de patiënt komen. Een mooi voorbeeld is de poli van het Hart Vaat Centrum (HVC) in Maastricht waar alle dokters zijn geconcentreerd rond de patiënt met vaatproblematiek. Een zelfde initiatief gebeurt er nu in Zuyderland, waar de vaatchirurgen, de vasculair internisten, de neurologen en cardiologen zich verenigen om de zorg voor de vaat-patiënt te optimaliseren. VBHC zit 'm ook in het aanbieden van 'de juiste zorg op de juiste plek'. Ook in deze regio (Limburg) wordt veel geïnvesteerd in het herinrichten van zorg: bijvoorbeeld de 'blauwe zorg', in 2013 gestart in Maastricht-Heuvelland, 1 van de 9 proeftuinen van VWS, waarbij steeds meer zorg wordt geconcentreerd rond en dichtbij de patiënt tegen minder kosten met minder diagnostiek. De huisarts heeft hier een heel belangrijke taak, in nauwe samenwerking met de specialist. Dit is echter niet nieuw. Zoals velen van U weten, heb ik zo'n 20 jaar in Isala in Zwolle gewerkt. Peter Remkes, een zeer gewaardeerd oud-collega en maat, heeft heel veel voor de maatschap cardiologie in Zwolle betekend, onder andere met zijn toekomst visie. Niet alleen was hij het die investeerde in het aantrekken van gerenommeerde electrofysiologen (collega R. Misier en wijlen collega Beukema), hij was het ook die als een van de eersten begin jaren negentig, cardiologische diagnostiek binnen het bereik van de huisarts bracht. Zonder dat patiënten hoefden te worden verwezen naar de tweede lijn konden huisartsen ECG's, echo's en fietstesten aanvragen. Ed de Kluiver, nu directeur Hartcentrum Isala, heeft op dit werk voortgeborduurd en liet zien dat deze uitbreiding van het diagnostisch arsenaal van de huisarts zich vertaalde in minder onnodige verwijzingen naar de tweede lijn: **betere zorg, met minder kosten, de juiste patiënt op de juiste plek: value based health care.**

Deze zorg betreft de stabiele cardiale patiënt, die zich bij de huisarts meldt met mogelijk een cardiaal probleem. De andere kant van het spectrum betreft de acute cardiale zorg: de patiënt die plots pijn op de borst voelt, niet aarzelt en 112 belt. U zou misschien denken dat hier weinig aan te verbeteren valt, en dat klopt voor een groot deel: de cardiale spoedzorg in Nederland behoort tot de beste in de wereld. Het is het grote voorbeeld van succesvolle ketenzorg, mede dankzij de bereidheid van de

huisarts om een stapje terug te doen en deze zorg over te laten aan de ambulance zorg. Ik ben een van de 20 Zwolse cardiologen die een proefschrift heeft geschreven over de primaire PTCA en de zorg voor infarct patiënten. Menko Jan de Boer, tot recent hoofd Cardiologie van het Radboud UMC en oud-maat in Zwolle, is begin jaren negentig begonnen met het PHIAT project (PHIAT staat voor pre-hospitale infarct angioplastiek triage). Dit is, net als het proefschrift van Remkes en de Kluiver, ook een project gekenmerkt door het verplaatsen van diagnostiek, maar dan voor acute hartpatiënten. Ineens was het mogelijk om in de ambulance of bij de patiënt thuis al een diagnose te stellen met hulp van een mobiel ECG apparaat. Dit PHIAT onderzoek vormde de basis voor mijn proefschrift. Deze tijdwinst door het eerder stellen van de diagnose, maar ook het al kunnen starten van behandeling in een vroeger stadium heeft geleid tot het optimaliseren van zorg voor acute infarct patiënten. Je zou je inderdaad kunnen afvragen: wat valt hier nou nog aan te verbeteren? Toch is het zo. Het blijkt namelijk dat van de zeventigduizend jaarlijkse 112 meldingen van patiënten met pijn op de borst, slechts 5% een echt acuut hartinfarct met zogenaamde ST elevaties heeft. De overige 66.000 patiënten worden ook met grote spoed naar het ziekenhuis gebracht, echter na een observatieperiode op de eerste hulp afdeling blijkt een heel groot deel van deze patiënten geen hartprobleem te hebben en kan weer naar huis worden ontslagen. Eigenlijk wil je al deze patiënten niet in je ziekenhuis hebben (het leidt vaak tot overvolle eerste hulp afdelingen) en zou het mooi zijn als er op voorhand een betere selectie kan plaatsvinden welke patiënten wél en welke niet in het ziekenhuis thuishoren. Samen met de afdeling klinische chemie van Isala, de ambulance zorg IJsselvecht, en de Isala academie hebben wij een project opgezet, genaamd FAMOUS Triage, waarbij al in de ambulance of bij de patiënt thuis, aan de hand van een korte vragenlijst, een ECG en een troponine bloedtest, de laag en hoog risico patiënt thuis kan worden geïdentificeerd. Less is more geldt in het bijzonder voor deze troponine meting (troponine is een hartenzym; een afwijkende meting betekent schade aan het hart). De metingen zijn steeds gevoeliger geworden waardoor al minimale fracties (5-10 nanogram) detecteerbaar zijn. Op deze manier kunnen deze bepalingen zeer goed gebruikt worden voor het uitsluiten van hartproblemen en zijn daarom heel interessant voor de huisarts of ambulance-medewerker.

Binnenkort begint de derde en laatste fase van dit project in de regio Zwolle en zal duidelijk worden of het veilig en verantwoord is om de patiënten met een laag risico, die vanwege pijn op de borst 112 hebben gebeld, thuis te laten.

De regio Limburg is ook al vele jaren erg actief op dit gebied. Een groot deel van de wereld literatuur op het gebied van troponine en andere hart-specifieke enzymen, o.a. het fatty acid binding protein, komt van de vakgroep klinische chemie van het Zuyderland MC (dr. Henne Kleinveld) en het MUMC+ (Prof. Otto Bekers). Nota bene ook de expertise van de huidige voorzitter van de RvB van het MUMC+, Prof. Marja van Dieijen. Heel recent is er nog een prachtige publicatie van deze groep gepubliceerd in het toonaangevende tijdschrift Circulation.

Naast deze expertise in de tweede lijn ben ik blij dat ook de eerste lijn hier in Limburg actief participeert in onderzoek naar het zinvol gebruik van Point of Care (POC) labtesten in de huisartsen praktijk en ligt de weg vrij om het Zwolse onderzoek uit te breiden in deze regio. Samen met de GGD Limburg Zuid en de academische werkplaats Limburg zijn we bezig om een variante van het Zwolse FAMOUS Triage onderzoek ook in deze regio uit te voeren en aansluiting te zoeken met vergelijkbaar onderzoek opgezet door Joan Meeder en Braim Rahel in het Vie Curie in Venlo, het zogeheten URGENT 2 onderzoek. De juiste zorg op de juiste plek tegen minder kosten: in een van de recente publicaties van fase 1 van het FAMOUS Triage onderzoek is beschreven dat de jaarlijkse besparing, door ongeveer 30% van de pijn-op-de-borst patiënten thuis te laten, kan oplopen tot 100 miljoen euro. Het is eigenlijk een vorm van zorgvernieuwing die helemaal past in deze tijd: betere en goedkopere zorg door **verplaatsing van diagnostiek en zorg dichterbij de patient.**

## **Ketenzorg**

Dat brengt mij bij de ketenzorg. Interventie cardiologie is meer dan alleen het dotteren van vernauwde bloedvaten, zo schreef ik in het structuur rapport voorafgaand aan mijn benoeming. Een dotterbehandeling is pas geslaagd als de gehele zorgketen klopt: als de patiënt voorafgaand aan de behandeling goed en volledig is geïnformeerd, ook over eventuele alternatieve behandelingsmogelijkheden en als deze wordt gevolgd door intensieve hart revalidatie en nazorg waarbij veel aandacht is voor het onder controle brengen van alle risicofactoren. Deze zogenaamde secundaire preventie krijgt nog steeds veel te weinig aandacht. Hiermee is echt veel meer te winnen dan de dotterbehandeling. Ik zeg altijd tegen



patiënten dat de dotterbehandeling niet de oorzaak van het probleem aanpakt, een gezonde leefstijl en cholesterol verlagende medicijnen doen dat wel. Prof. Wouter Jukema, uit het LUMC en hier vanmiddag ook aanwezig, heeft dit al in 1995 heel mooi laten zien in de REGRESS studie. Statines zorgen echt voor een afname van atherosclerose.

Het is echter een van de moeilijkste dingen binnen de cardiologie: de nazorg, soms om moedeloos van te worden: ondanks duidelijke richtlijnen en goede wil volgt slechts een minderheid de volledige hartrevalidatie en behaalt slechts 20% zijn streef bloeddruk en cholesterol waarde. Ook haalde dit recent nog de landelijke pers: Amsterdams onderzoek liet zien dat de helft van de mensen blijft roken en 75% 1 jaar na het hartinfarct nog te dik is.

Ruim 10 jaar geleden hebben we ook al aandacht gevraagd voor hartrevalidatie, in 2007 hebben we samen met de afdeling sportgeneeskunde van Isala de Nederlandse Hart Expeditie georganiseerd om te laten zien dat patiënten die een hartinfarct hebben gehad niet achter de geraniums moeten gaan zitten en wel degelijk de hoogste berg van Zuid Amerika kunnen beklimmen. Alle hartpatiënten behaalden na ruim een half jaar training, ogenschijnlijk met speels gemak het basiskamp van de Aconcaqua gelegen in Argentinië op ruim 4500 meter hoogte en kregen hierdoor veel meer zelfvertrouwen en vertrouwen in hun lichaam. U ziet op de dia rechtsonder Gee van Enst in de tent in het basiskamp in zijn karakteristieke pose, volledig opgaan in de wetenschap van inspanning op grote hoogte).

Na een hartinfarct krijgen helaas nog teveel mensen van hun dokter te horen dat ze het 'rustig aan moeten doen'. Ze zouden echter juist moeten worden aangemoedigd om méér te gaan bewegen. Met name omdat een gebrek aan beweging vaak voorafging aan het hartinfarct. Het is in dit geval duidelijk dat 'Rust roest' en 'less' of minder beweging in dit geval echt niet 'more' is. De samenwerking tussen de sportgeneeskunde en de cardiologie, zoals ik dat in Zwolle gewend was, is daarom iets wat ik hier ook in Limburg wil voortzetten. Het initiatief 'loop met je dokter' of 'fiets met je dokter' is een mooi voorbeeld van een manier om patiënten bewust te maken van het belang van bewegen en ook nog eens geld op te halen voor wetenschappelijk onderzoek.

## **Les is More (onderwijs)**

Waarom zijn al deze initiatieven (het beklimmen van een berg, het lopen met je dokter) nodig? Waarom lukt deze secundaire preventie niet goed of niet goed genoeg? Ik ben ervan overtuigd dat onderwijs (les met 1 's') hierin een cruciale rol speelt. Ik zal dus als hoogleraar aan de bak moeten.... Want gebruiken we als dokter in de spreekkamer wel de goede gesprekstechniek? Ik heb veel geleerd van een cursus 'motiverende gespreksvoering'. Als dokter ben je snel geneigd om de patiënt belerend toe te spreken, echter het is veel beter om in plaats van 'U moet nu echt stoppen met roken' het gesprek te beginnen met de zin: "mag ik het met u over het roken hebben? Dit geeft heel andere gesprekken in de spreekkamer, zo heb ik gemerkt: een gesprek waarbij de patiënt de deur uitgaat met het gevoel dat hij of zij ook zelf verantwoordelijkheid heeft om gezonder te gaan leven en zijn pillen netjes te gebruiken ('het zweet op de juiste rug' zoals dat in opleidingstermen wordt gehanteerd). Petra Kuipers, cardioloog alhier in MUMC vertelde dit recent nog in een interview: de zogenaamde 80 - 20 regel: 80% van het beter worden ligt niet bij de dokter, maar bij de patiënt. Gelukkig komt er steeds meer aandacht voor deze eigen verantwoordelijkheid van de patiënt: De patiënt moet **zelf** zijn of haar controle houden: hij of zij zou beter inzage en inzicht moeten hebben hoe het gesteld is met zijn bloeddruk of cholesterol: vaak vraag ik aan patiënten: hoe hoog was de bloeddruk of cholesterol die de praktijkondersteuner of huisarts heeft gemeten en vaak moeten ze het antwoord schuldig blijven. Ik wil een oproep doen om de patiënt beter en meer bewust te laten zijn van zijn gezondheidstoestand. Vertel hem of haar wat de hoogte is van het cholesterol en wat het zou moeten worden: 'Know your number': Ken je cholesterol! Naast onderwijs aan dokters is het daarom ook van groot belang dat **patiënten** beter geïnformeerd worden: de patiënt moet ook les krijgen: nog steeds denkt het merendeel, *jawel het merendeel*, dat een dotterbehandeling de vaten 'helemaal schoon maakt' en dat hierna alle problemen zijn opgelost.

Naast kennis van de patiënt van zijn cholesterol waarde verwacht ik dat binnenkort ook de patiënt kennis moet hebben van zijn CRP, een bloedtest voor ontsteking. Aderverkalking of atherosclerose is echt een ontstekingsziekte. Het is niet voor niets dat patiënten met een onderliggende ontstekings ziekte als reumatoïde artritis, psoriasis, of jicht, een 5-10 jaar oudere hartleeftijd hebben. Al eerder bleek dat statines, de meest bekende cholesterol verlagende middelen, zeer effectief zijn bij patiënten met een verhoogd CRP. Ik wil Arend Mosterd, mijn collega en goede vriend

sinds het eerste uur, en nog een paar maanden voorzitter van de WCN, complimenteren met het LoDoCo onderzoek waar we ook als Zuyderland aan mee doen, mede dankzij het enorme research hart van Hans Kragten (Hans we gaan je missen!). Het betreft een grootschalig onderzoek in Nederland en Australië naar de effecten van een lage dosis colchicine, een anti jicht medicijn, op het voorkómen van hart en vaat ziekten. Ook de behandeling van ernstige vormen van tandvleesontsteking, parodontitis, kan helpen bij het voorkómen van hart- en vaatziekten. Ik wil hierbij het gezamenlijk onderzoek noemen van de Universiteit Maastricht en de Universiteit van Amsterdam o.l.v. prof. Jan de Lange en prof. Bruno Loos, waar Marie Chris Donders, kaakchirurg i.o. en promovendus onderzoekt of patiënten met ernstige parodontitis ook meer verkalkingen in de kransslagaderen hebben.

Het terugdringen van de mate van ontsteking van de vaatwand, hetzij door goede medicijnen, hetzij door het goed poetsen en flossen van je tanden en daarmee het voorkomen van parodontitis zou best wel eens de toekomst kunnen zijn van het voorkomen en/of behandelen van vaatziekten.

## **Preventie**

Dit brengt me op het volgende en heel belangrijke onderdeel van mijn oratie: preventie. Het is eigenlijk bijzonder dat de geneeskunde is ingesteld op een soort 'dweilen met de kraan open'. De dokter komt pas in beeld als de ziekte al aanwezig is. Waarom niet eerder ingrijpen? Voorkomen is immers beter dan genezen.

Preventie heeft **met stip** het meest bijgedragen aan de verbetering van de gezondheid van de westerse mens. Denk maar eens aan schoon drinkwater en riolering.

Cardiologie is voor een heel groot gedeelte (cijfers variëren tussen 70 en 90 procent) gerelateerd aan leefstijl en is dus voor een groot gedeelte te voorkomen. Gelukkig komt er de laatste jaren meer aandacht voor preventie, ook al blinkt dit kabinet er nog niet in uit: er is nog steeds geen overheidsbeleid dat het aantal 'vreetschuren' op treinstations beperkt, dat de hoeveelheid suikers in drank of zout in voeding aan banden legt, dat prioriteit geeft aan meer ruimte en mogelijkheden voor fietsers, etc. Het is natuurlijk goed dat ziekenhuizen, sportclubs of steden het initiatief nemen om het roken rond het ziekenhuis, op de club en in bepaalde straten te verbieden, maar de belangrijkste rol is hier echt weggelegd voor de overheid. Er zou veel meer

onderzoeksgeld moeten gaan naar preventie: op welke manieren kunnen we de epidemie van hart- en vaatziekten die op ons afkomt voorkomen of minderen? Ik blijf het erg vreemd vinden dat we het heel gewoon vinden om onze auto elke 2 jaar voor een APK naar de garage te brengen, het heel gewoon vinden om elk half jaar naar de tandarts te gaan, maar een jaarlijkse preventieve check van ons hart, notabene de motor van ons lichaam, is er niet bij.

Ik ben blij met de initiatieven op dit gebied in deze regio, waar Bram Kroon, internist en hoogleraar vasculaire geneeskunde, samen met de huisartsen en de wijkzorg werkt aan het terugdringen van HV ziekten. Deze regio heeft het heel hard nodig. De interventie cardiologie kan hier niet in achterblijven en daarom hebben wij ons recent aangesloten bij dit initiatief om naast behandeling van hart- en vaatziekten ook bij te dragen aan het voorkomen hiervan.

Ik ben ook heel blij dat preventie officieel speerpunt is van het MUMC+. Weet U waar de plus voor staat? Deze plus achter de naam MUMC geeft aan dat er meer gedaan wordt dan alleen de best mogelijke zorg verlenen: het is de ambitie om de gezondheid in onze regio op alle niveaus te verbeteren. Een heel mooi voorbeeld hiervan is de Maastricht studie, een uniek onderzoek onder de Zuid-Limburgse bevolking naar het voorkomen, de oorzaken en de behandeling van type 2 diabetes (suikerziekte), hart- en vaatziekten en andere chronische aandoeningen met als doel om Limburg gezonder te maken. Ook het ziekenhuis investeert: er wordt binnenkort een hele nieuwe vleugel op het ziekenhuis terrein gebouwd, genaamd 'Mosae Vita', niet gericht op het beter maken, maar volledig gericht op het gezond houden van de mens door het creëren van een gezond leven door een bewuste leefstijl met de inzet van gezonde voeding en beweging. Ik kijk er nu al naar uit daar een rol van betekenis in te kunnen spelen.

### **Minimaal Invasief**

Meer en betere preventie zal zeker leiden tot minder dotter behandelingen: Less is more. Waarom vertel ik dit allemaal als interventie cardioloog? Je bent toch gek als je niet pleit voor **méér** interventies? Maar interventie cardiologie is méér dan dotteren alleen. Ook de klep interventies zijn onderdeel geworden van het werk van de interventie cardioloog: voor met name oudere patiënten met een aortaklep-stenose of mitralisklep-insufficiëntie, is er de minimaal invasieve klepvervanging of reparatie. Voor deze ingreep, vaak gedaan in de laatste levensfase van de patiënt, is het

bijzonder lastig om te bepalen of hij of zij er baat van gaat hebben. Weliswaar blijkt dat de patiënten door de ingreep langer leven, echter wat betreft kwaliteit van leven zijn de cijfers minder overtuigend: 30-40% van de patiënten geeft aan niet of nauwelijks verbetering van kwaliteit van leven te ervaren. Moet je zo'n (dure en risicovolle) ingreep dan wel doen? Je leeft weliswaar langer maar niet met een betere kwaliteit. Ook veel dotter behandeling blijken niet overtuigend tot een verbetering van levenskwaliteit te leiden. De procedure kan in 90-95% van de gevallen succesvol worden uitgevoerd, zonder grote complicaties, echter als je de patiënt echt vraagt of hij er beter van geworden is, blijkt dit tegen te vallen. Er is dan weinig meerwaarde (value) voor de patiënt ondanks een succesvolle behandeling terwijl er wel veel kosten zijn gemaakt. Dergelijk onderzoek naar de meerwaarde voor de patiënt in de relatie tot gemaakte kosten (echte value based health care) was voor mijn komst al door collega Maessen en zijn team opgezet en inmiddels krijgen alle patiënten die een behandeling ondergaan voor een vernauwde aortaklep vooraf en een jaar na de behandeling een vragenlijst voorgeschiedt waarbij op een wetenschappelijk verantwoorde manier kwaliteit van leven wordt uitgevraagd. Less is more geldt ook voor de chirurgische ingreep aan de mitralisklep: mede dankzij het werk van collega Sardari, Vainer, Ilhan, Streukens en Hoorntje is er een volledig persoonlijke benadering voor het repareren of vervangen van de mitraalklep tot stand gekomen, waarbij vooraf met 3D beeldvorming en 3D printmodellen haarfijn de operatie/ingreep kan worden gesimuleerd en voorbereid. Deze kan dan de volgende dag volledig via de thoracoscoop worden uitgevoerd: Less damage is more. Ik ben heel blij dat het HVC Maastricht de minimaal invasieve behandeling van de mitraalklep heeft opgenomen als onderdeel van het speerpunt Hartfalen. Deze persoonlijke benadering: het maatpak voor de patiënt met kleplijden sluit mooi aan bij het maatpak dat collega Jacobs en Natour toepassen bij de patiënten met grote aorta pathologie.

## **Registratie en Big Data**

De laatste jaren is veel geschreven over de toegenomen registratielast in ziekenhuizen: vinkjes zetten, etc, veel commentaar kwam er op de 5 minuten registratie in de thuiszorg. Onderzoek geeft aan dat een medisch specialist of AIOS **40%** (jawel 40%) van de tijd besteedt aan administratie en registratie. Er is inmiddels

via de Federatie van Medisch Specialisten een initiatief om deze registratie druk te minderen: 'laat de dokter dokteren' en minder 'vinken'.

Waarom al die moeite? Waarom moeten we registreren? Het is niet alleen van groot belang dat we onze kwaliteit van zorg meten, echter deze registraties zijn ook essentieel om onderzoek te doen. Meer dan de helft van de medische literatuur is gebaseerd op registraties. De kunst is echter om alleen die zaken te registreren die ertoe doen, die voor de kwaliteit van zorg of voor de research relevant en zinvol zijn. Ik heb als bestuursvoorzitter van de Nationale Cardiovasculaire Data Registratie (NCDR), mede aan de wieg gestaan van de Nederlandse Hart Registratie (NHR): een fusie van 3 organisaties die cardiovasculaire aandoeningen registreerden te weten BHN, NCDR en Meetbaar beter. Het is een organisatie die méér doet met minder data: Er is een hele beperkte set indicatoren waar goed over is nagedacht en naast de bekende uitkomstparameters over succes van behandeling wordt ook kwaliteit van leven uitgevraagd. Eindelijk voor de cardiologen, hartchirurgen en thorax-anesthesisten bestaat er 1 landelijke organisatie: een stap in de goede richting om aansluiting te krijgen bij de landen om ons heen als Zweden en Engeland waar deze registratie aantoonbaar heeft geleid tot betere zorg. Ik ben trots op de ontwikkeling op dit gebied ook aan deze universiteit. Nog niet zo lang geleden sprak Andre Dekker hier zijn inaugurele rede uit: leren van andermans data, met de komst van onder andere social media krijgen we de beschikking over zulke grote hoeveelheden data (big data) dat nauwkeurig is te voorspellen of individuele patiënten wel of niet beter worden van een behandeling. Deze universiteit heeft ook Michel Dumontier aangetrokken vanuit Canada om expertise toe te voegen aan het vakgebied van de 'data science': in dit geval is het verhaal omgekeerd: niet Less is More, maar More is Better, more data is beter mits deze data verzameling niet ten koste gaat van onze privacy natuurlijk. ICT speelt hier een cruciale rol: data moeten direct kunnen worden ontsloten zonder dat er opnieuw invoeren nodig is: 'direct aan de bron'. In dit opzicht is het jammer dat het initiatief om te komen tot een landelijk uniform EPD is gestrand, anders waren we nu al veel verder geweest op dit gebied. In al die jaren dat ik in een ziekenhuis rondloop, is ICT een ondergeschoven kindje geweest: voor een aanpassing van het EPD moet je achter aansluiten in de rij met al snel een half jaar wachttijd wat veel vertraging oplevert en veel innovaties in de weg heeft gestaan. In het strategische plan van Zuyderland MC is IC(M)T nu 1 van de 5 peilers waarop de toekomst van het ziekenhuis is gebaseerd en terecht. Je ziet nu

welke innovaties binnen de geneeskunde met technologie zijn te bereiken: de computer is soms beter in staat om pathologie te herkennen dan de mens. Het is niet voor niets dat Google, Apple en Philips vol inzetten op de gezondheidszorg en het zou zomaar kunnen dat met behulp van deze kunstmatige intelligentie je nog beter kunt voorspellen welke patiënt met de aortaklep stenose nu echt van zijn behandeling gaat profiteren. Ik hoop dat ik hier samen met Dekker en Dumontier in de regio mooi onderzoek naar kan doen.

### **Less Males is More?**

Nu het laatste onderdeel: de vrouwen cardiologie. Angela Maas, ook oud maat in Zwolle, nu hoogleraar vrouwencardiologie in Radboud UMC Nijmegen, heeft dit in Nederland op de kaart gezet. Er zijn grote verschillen in het optreden en de presentatie van hartziekten tussen man en vrouw. De reden waarom dit bij de voor het merendeel mannelijke interventie cardiologen pas laat is doorgedrongen is het feit dat bij vrouwen vaak niks te dotteren valt. Ondanks serieuze klachten, een afwijkend ECG en abnormale bloedtesten blijkt het coronairangiogram, de hartcatheterisatiefilm, vaak zonder belangrijke vernauwingen. Vaak heeft een interventie cardioloog dan het gevoel niks te kunnen doen. Niks doen of de uitspraak 'ik kan niks meer voor je doen' is voor een dokter en met name voor een interventie cardioloog heel erg moeilijk en toch zou dit in de toekomst vaker uitgesproken moeten worden. Less is more. Het feit dat het zo moeilijk is om de kosten in de gezondheid zorg terug te brengen is wellicht het feit dat een dokter niet is opgeleid om "niks meer te doen". Ik ben er van overtuigd dat dit een vast en groot onderdeel van de opleiding tot dokter moet zijn of worden (les (met 1 's') is more), om samen met de patiënt het gesprek aan te gaan. Echter niks meer doen (geen interventie) betekent niet dat je ook niks meer voor die patiënt kan betekenen. Ik heb persoonlijk de beste herinneringen aan de momenten dat je bij de familie aangeeft dat het beter is om iets niet meer te doen: dat is vaak het moment dat een veel inniger contact ontstaat tussen familie en de patiënt om de resterende tijd die er is, zo goed mogelijk door te brengen. Afscheid nemen van een patiënt op de intensive care, aan de beademing en ondersteunende apparatuur na een gecompliceerde operatie is niet het afscheid dat je wenst met je dierbaren en roept bij de dokter vaak de vraag op of de ingreep wel had moeten gebeuren...

Weer even terug naar de vrouwencardiologie. Als je dan een katheterisatie hebt gedaan bij een vrouwelijke patiënt zonder obstructief vaatlijden, dus geen zichtbare vernauwingen in de grote bloedvaten, dan betekent dat niet het einde van de behandeling, maar dan begint het pas: wat is er wel aan de hand? We weten heel veel van de grote bloedvaten die om het hart lopen maar we weten nog te weinig van de hele kleine bloedvaatjes: de microcirculatie. Voor de interventie cardioloog niet zo interessant want deze vaatjes kun je niet dotteren, maar oh zo belangrijk voor de patiënt. Less is more slaat dan in dit opzicht op de kennis van de kleine, minder grote vaten. In het MUMC en CARIM instituut wordt hier al jaren baanbrekend onderzoek naar gedaan door de groep Heijmans, van Empel, Schroen en Brunner. Er zijn goede aanwijzingen dat hartfalen of atriumfibrilleren, dit is een vaak voorkomende ritmestoornis van de hartboezems, bij patiënten met een nog dikke, krachtig knijpende hartspier veroorzaakt wordt door problemen in deze microcirculatie. Deze microcirculatie speelt ook een grote rol bij de problemen van zwangerschaps vergiftiging, oftewel pre-eclampsie. Steeds duidelijker wordt het dat dit ernstige ziektebeeld bij vrouwen aan het eind van de zwangerschap een belangrijke relatie heeft met het optreden van hartproblemen later in het leven. Ik ben dankbaar en blij te mogen aansluiten bij het mooie onderzoek op dit gebied van Chahinda Ghosseini, sinds kort AIOS in MUMC, en Prof. Marc Spaanderman, hoofd afdeling Obstetrie MUMC+.

Sinds kort heeft de interventie cardioloog wederom door toedoen van het ingenieuze werk van Nico Pijls uit Eindhoven de mogelijkheid om de ernst van de problemen in de microcirculatie van de hartspier te meten. Op deze manier kan bij een patiënt met klachten van kortademigheid of een verminderd inspanningsvermogen in 1 onderzoek zowel de toestand van de grote als de kleine vaten in kaart worden gebracht. Ik ben heel blij met deze uitbreiding van de mogelijkheden voor de interventie cardioloog, dit keer niet zozeer in interventioneel opzicht, maar wel in diagnostisch opzicht: om er achter te komen wat de patiënt werkelijk heeft. Op deze manier is het mooi om te kunnen aansluiten bij het onderzoek waar Maastricht groot mee geworden is: hartfalen en ritmestoornissen.

De cirkel is rond: waarde gedreven zorg voor de patiënt door als interventiecardiologen onze blik te verruimen: van redelijk monomane dotteraars van vernauwde kransslagaderen, naar breder georiënteerde dokters met aandacht voor het hele spectrum van cardiologische zorg.



Ik wil mijn betoog eindigen met een recente quote uit de Sir Edmund, de wekelijkse bijlage van de Volkskrant, afkomstig van de 32 jarige Amerikaanse zanger/rapper/drummer Brandon Paak Anderson over zijn favoriete eten Sushi: Hoe meer sushi je eet, hoe meer je beseft dat alleen de rijst en de vis voldoende zijn. Wat dat betreft lijkt het een beetje op het leven zelf. Je komt op een punt dat je beseft: less is more. En dat op 32 jarige leeftijd....

### **Tot slot het Dankwoord**

Aan deze Universiteit is het gebruikelijk het dankwoord kort te houden: dit zou ook mooi passen bij de titel van mijn oratie: echter dit keer wil ik een uitzondering maken: feestjes moet je vieren met collega's en vrienden: in dit geval geldt More is More, wetende echter dat ik niet iedereen kan bedanken en verre van volledig zal zijn. Ik wil het college van Decanen van de Universiteit Maastricht bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen om 't werk van Jan Hoorntje voort te zetten en voor de erkenning van de leerstoel interventie cardiologie in Limburg. Ik wil de raden van bestuur van het MUMC en Zuyderland MC en het bestuur MSB van Zuyderland bedanken voor het inzicht dat samenwerking in de regio de weg is van de toekomst. De know how in Maastricht en het volume in Zuyderland is een ideale voedingsbodem voor topklinische zorg en baanbrekend onderzoek. Helen Mertens en Wideke Nijdam, we hebben elkaar veel gesproken en gemaild over de kwestie rond de 24/7 bereikbaarheidsdiensten. De manier waarop jullie dit ondersteunen geeft mij vertrouwen voor de toekomst.

Het HVC in Maastricht en de vakgroep Cardiologie in Zuyderland wil ik bedanken, in het bijzonder Michael Jacobs, Harry Crijns, Jos Maessen, Bernard Broers en Martine Huurman, jullie hebben het aangedurfd om de blik te verruimen en opnieuw een Zwollenaar in jullie midden te accepteren. Dank daarvoor. Harry, je opmerking om hierbij vooral dichtbij jezelf te blijven, zal ik niet vergeten.

Ik wil mijn dottermaten en partners in crime van onze eerste locatie-overstijgende vakgroep interventiecardiologie Limburg-Zuid bedanken voor jullie inzet en enthousiasme. Afgelopen week is onze PCI zorg erkend als officieel STZ speerpunt van Zuyderland MC. Dit schept hoge verwachtingen, maar ben ervan overtuigd dat we dit met jullie gaan waarmaken.

Ik wil in het bijzonder het ondersteunend personeel achter al deze dokters bedanken, zonder mensen bij naam te noemen. Achter elke goede dokter staat een betere verpleegkundige, een goede manager en een geweldige secretaresse.

Er is 1 ding waar ik me wat zorgen om maak: we moeten zorgen dat ook goed gekwalificeerde mensen blijven kiezen voor de zorg en niet alleen voor de bureau en beleidsfuncties hoog in de gebouwen. Ook dichtbij het bed en de organisatie moet het werk aantrekkelijk blijven. Ik weet dat er in de toekomst in ziekenhuisland moet worden bezuinigd, maar bezuinig niet op deze mensen.

Ik wil alle mensen van de catheterisatie-kamer in beide huizen en het TAVI en Mitraclip team in 't MUMC bedanken. Jullie zijn een hechte club met hart voor de zaak waarmee we heel goed verder aan de interventie cardiologie in Limburg kunnen bouwen.

Mijn oud-maten van de maatschap Cardiologie in Zwolle. Wat jullie bereikt hebben is enorm: hoogstaande zorg en een wetenschappelijke output waar menig academisch centrum jaloers op is. Felix Zijlstra, met jou 'less is more' wetenschap, is Zwolle groot geworden. Ik ben inmiddels de 6<sup>e</sup> hoogleraar uit de Zwolse school en zal zeker niet de laatste zijn. Een geoliede machine, niet alleen door jullie toedoen, maar ook door het aantrekken van heel goed ondersteunend personeel en het opzetten van een apart onderzoeksinstituut Diagram.

Jan Hoorntje, je hebt veel voor mij betekend de afgelopen 25 jaar: jij was voor mij de opleider, die me overhaalde in Zwolle te blijven, de maat, met wie ik leef en leed gedeeld heb en de basis voor de dag die ik vandaag mag beleven. Jan, enorm veel dank daarvoor.

Ik wil mijn vrienden danken dat jullie vandaag naar 't zuiden zijn gekomen. Dank vrienden van de fietsclub: de afgelopen jaren zag ik een trend: minder fietsen en meer koffiedrinken. Onze band is er niet minder van geworden. Vrienden van de Ronde Tafel: ook daar een trend: minder attendance, meer vriendschap. Mijn lieve oud-huisgenoten van de Maliesingel in Utrecht, ruim 30 jaar kennen we elkaar: het is altijd zo geweest en zal ook altijd zo blijven....

Lieve Hattemers: Karin en ik hebben niet voor niets ons huis voorlopig aangehouden: we kunnen jullie niet missen.

Mijn familie en schoonfamilie: ik heb ervaren dat 2 families van tegenpolen (van 't Hof: de kakkers uit 't westen tegenover de Gilissen: de linkse Wageningers uit

Brabant en Limburg) heel goed tot elkaar kunnen komen en van elkaar kunnen leren.  
Lieve Pa en Ma, zus en broer. Een beter nest had ik me niet kunnen wensen.  
Lieve Marlou en Lasse. Ik ben trots op jullie en prachtig om te zien hoe jullie je talenten ontwikkelen. Lieve Suus, je bent mijn allerliefste downie, afgelopen januari, toen je 18 werd, heb ik gezien hoeveel talenten ook jij in huis hebt.  
Dan als laatste: allerliefste Ka: je hebt me al voorbereid op dit dankwoord en me laten weten wat ik moest zeggen: dat wij, ondanks mijn grenzeloze ambitie nog bij elkaar zijn. Ka, jij bent voor mij het grote voorbeeld dat een heel klein beetje less ook ontzettend veel more kan zijn.

Ik heb gezegd

AvH 17 sept 2018